Icaza (J. R.)

BREVE ESTUDIO

ACERCA DE LA

PERIOSTITIS AGUDA DIFUSA

Y SU MEJOR TRATAMIENTO.

TÉSIS

PARA EL CONCURSO A LA PLAZA DE ADJUNTO A LA CÁTEDRA
DE MEDICINA OPERATORIA
DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO, PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

J. RAMON ICAZA

Prosector de Anatomía Topográfica de la misma Escuela.

MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1878

Sr. Dr.

D. José Mª Bandera —

BREVE ESTUDIO

ACERCA DE LA

PERIOSTITIS AGUDA DIFUSA

Y SU MEJOR TRATAMIENTO.

TÉSIS

PARA EL CONCURSO A LA PLAZA DE ADJUNTO A LA CÁTEDRA

DE MEDICINA OPERATORIA

DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO, PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

J. RAMON ICAZA

Prosector de Anatomía Topográfica de la misma Escuela.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,

BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

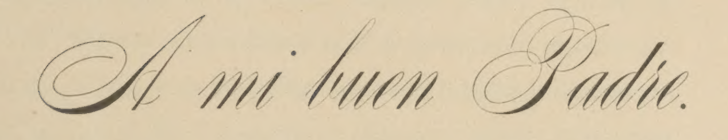
1878

A mi apreciable é ilustrado compa-
ñero y amigo el Sr. Dr. D. José Mª
Bandera

El Autor

A LA TIERNA MEMORIA

DE MI MADRE.



A MIS QUERIDOS MAESTROS.

LA circunstancia de haber asistido desde el año de 1873 á las operaciones que se practican en el hospital de niños, y la de haber llamado muy especialmente mi atencion las resecciones sub-periósticas aplicadas al tratamiento de la periostitis difusa, han hecho que me decida á escoger el estudio de esta enfermedad, como punto de la presente Tésis.

A esta decision ha contribuido tambien en mucha parte el deseo de dar publicidad á algunos hechos clínicos, á mi juicio, de grande importancia, y que no son bastante conocidos.

El método que me propongo seguir es el siguiente: Trataré primero, aunque de una manera sucinta, de las causas y síntomas de la afeccion citada; estudiaré despues el tratamiento que en mi concepto debe emplearse para combatirla, ocupándome en particular de las indicaciones de la reseccion y de sus ventajas; des-

cribiré en seguida el manual operatorio para hacer ésta, y, por último, diré algo del modo como deben practicarse las curaciones consecutivas.

En apoyo de mis asertos haré referencia algunas veces, en el curso de mi escrito, á las observaciones que pongo al fin, y que no publico tan detalladamente como deseara, por no dar á esta parte de mi trabajo demasiada extension. Antes de entrar en materia, creo oportuno recordar que la inflamacion aguda y difusa del periostio, ha recibido diversas denominaciones: *abscesos sub-periósticos, osteo-myelitis* (Chassaignac) *osteo-periostitis periarticular* (Gamet), *osteitis epifisiaria* (Gosselin), *periostitis flegmonosa* (Schutzenberger), *periostitis aguda difusa* (Holmes). Con la mayor parte de los autores, he adoptado esta última, por ser, á no dudarlo, la más exacta. Las otras se refieren, ó á ciertos períodos de la enfermedad ó á lesiones consecutivas.

CAUSAS

DE LA

PERIOSTITIS AGUDA.

Esta afeccion se observa, casi siempre, en los niños desde siete á catorce años de edad, y ataca á los de constitucion débil por herencia, enfermedades anteriores, malas condiciones higiénicas, etc. La causa determinante, ó pasa desapercibida, ó es generalmente un golpe ligero, un ejercicio exagerado, un enfriamiento, ó alguna otra que parece estar muy poco en relacion con los accidentes que produce; hecho que indica la necesidad que tiene, por decirlo así, de encontrarse con un individuo predispuesto, débil, para poder ocasionar la terrible enfermedad de que trato.

Comunmente invade los huesos largos de los miembros, y entre éstos la tibia parece ser su sitio predilecto.

Respecto á su grado de frecuencia, puedo asegurar que no es rara entre nosotros. En el hospital de niños casi nunca falta algun enfermito de esta clase, y en la práctica civil no son, por desgracia, tan escasos.

SINTOMATOLOGÍA.

El dolor muy intenso en toda la region correspondiente al hueso enfermo, es uno de los primeros síntomas de la periostitis agu-

da; á él sigue una hinchazon más ó ménos considerable, la que tiene de particular su poca uniformidad, pues presenta al tacto como desigualdades, y el poderse sentir en algunos casos el abultamiento de la diáfisis. Hay además alguna rubicundez de la piel y aumento de la temperatura local, como es comun en las inflamaciones.

Casi al mismo tiempo que el dolor, y á veces ántes, cuando no ha habido traumatismo, sobrevienen calofríos intensos, calentura alta, y con ella síntomas generales más ó ménos graves.

Sucede algunas ocasiones que, en el principio, los dolores se extienden á varios puntos de los miembros superiores é inferiores y afectan á una ó á diversas articulaciones; parece áun que se trata de un reumatismo, y hasta más tarde es cuando se limita el mal y sigue su evolucion acostumbrada.

Como ejemplo de esto, podemos citar las observaciones segunda y tercera.

Cuando no se ha detenido la enfermedad en su primer período, la region afectada se pone edematosa, y al fin presenta uno ó varios puntos fluctuantes, los que abiertos, espontánea ó artificialmente, dan salida á un pus más ó ménos bien formado, y dejan descubierta una porcion de hueso, cuya extension varía.

Estos accidentes son acompañados de un aumento en la reaccion febril: hay delirio, sed, náuseas, vómitos biliosos; en una palabra, se desarrolla el conjunto de síntomas que constituye el estado que llamamos tifoideo.

Una vez que la supuracion ha salido, ó bien este cuadro va desapareciendo y dando lugar á otro más favorable, ó, al contrario, persiste y se agrava.

En el primer caso, al calmarse los síntomas alarmantes, la herida toma buen aspecto, la supuracion disminuye poco á poco, y segun que el despegamiento del periostio ha sido más ó ménos grande, así es superficial ó profunda la necrósis que le sigue.

En el segundo, la calentura se hace más y más intensa, el insomnio y el delirio se vuelven contínuos, la supuracion es abundante y fétida, mantenida como está por la presencia de un hueso necrosado: vienen, en fin, los sudores, la diarrea colicuativa, la postracion y la muerte.

DIAGNÓSTICO.

Se ve, por la relacion que acabo de hacer de los síntomas de la periostitis, que, en su principio, puede ser difícil el diagnóstico.

Vimos, en efecto, que puede simular un reumatismo ó un tifo.

La semejanza con la primera de estas afecciones es en algunos casos tan grande, que áun se considera por algunos autores, como Giraldés, que hay entre ella y la periostitis un cierto grado de parentesco.

Con las afecciones tíficas puede tambien tener lugar la confusion, se entiende, cuando el mal ha venido sin causa manifiesta, y que los síntomas generales dominan, ocultando, por decirlo así, á los locales.

Sin embargo, tanto en este caso como en el primero, bien se comprende que el diagnóstico es posible, investigando cuidadosamente el sitio y naturaleza de los padecimientos, y que la dificultad cesa desde el momento en que las lesiones del lugar enfermo se hacen más acentuadas, dando la explicacion del grande trastorno que originan.

La erisipela puede simularla; mas la distincion podrá hacerse, buscando la coloracion, la dureza especial de la piel, y el infarto de los ganglios que son propios á esta enfermedad.

Con lo que sí podria muy bien confundirse la periostitis difusa supurada, es con el absceso profundo submuscular, y tanto más, cuanto que sucede á veces que estas afecciones se reunen, y que el pus, aprisionado debajo del periostio, lo atraviesa y viene á colocarse sobre él.

El diagnóstico puede establecerse en estos casos, atendiendo al abultamiento de la diáfisis, que, aunque difícilmente, se logra percibir por una mano ejercitada, y sobre todo, á la gravedad suma de los accidentes febriles y de postracion que nunca faltan en la periostitis aguda. Por otra parte, el defecto estaria en no reconocer la existencia profunda del pus, pues si éste se descubre, al darle salida se sabrá su orígen.

PRONÓSTICO.

Es en lo general grave: está, sin embargo, subordinado á las circunstancias individuales del enfermo, á la intensidad del mal, á su marcha, á las complicaciones que se presenten, y en gran parte á la inteligencia y oportunidad de la intervencion médica y quirúrgica.

TRATAMIENTO.

Durante el periodo inicial, en el que, como se ha dicho, fuera del dolor, los síntomas locales son ligeros, lo que debe recomendarse muy particularmente es la quietud y las unciones mercuriales sobre el sitio del mal. Holmes recomienda mucho la aplicacion de sanguijuelas y fomentos calientes.

El niño Vicente Gonzalez (Observacion 4.ª) es una prueba de la intensidad que adquiere la inflamacion, cuando no se obedece al principio tan natural de poner en reposo á todo órgano enfermo.

Además, es importantísimo establecer desde el principio, un tratamiento tónico, ayudado de una alimentacion tan nutritiva y abundante como lo permitan las vias digestivas, y de una buena higiene.

La necesidad de este plan puede fundarse en la de mejorar, en cuanto fuere posible, la constitucion ya débil del enfermo, y en la más urgente todavía de darle fuerzas para resistir la serie de

padecimientos que forzosamente vendrán, si, la formacion de pus y el despegamiento del periostio, llegan á verificarse.

Cuando esto último ha sucedido, el tratamiento general debe continuar el mismo: se entiende que modificándolo y usando de los diversos medios que puedan reclamar los síntomas predominantes. Así, por ejemplo, si los dolores son muy agudos, las preparaciones narcóticas estarán indicadas; si el insomnio es tenaz, el cloral será muy útil; si el delirio ú otros accidentes nerviosos se exageran, podrá recurrirse con ventaja á los antiespasmódicos: y, en suma, se combatirán por los medios apropiados, la diarrea y todos los otros accidentes que pudieren venir.

Mas en cuanto al tratamiento local, lo que debe hacerse y pronto, es dar amplia y fácil salida al pus por medio de una ó más incisiones que lleguen hasta el hueso, dividiendo al periostio.

Debo advertir, que áun no pensándose en la periostitis, si se tienen todos los signos de que hay pus, y no se le encuentra al dividir las partes blandas, debe llevarse el dedo al fondo de la herida para buscar con calma y cuidado si hay fluctuacion bajo el periostio, en cuyo caso la indicacion es clara, dividirlo.

Al practicar esta division, sucede á veces, dicen los autores, que solo sale una cierta cantidad de linfa, cuya produccion parece preceder á la del pus. En los varios enfermos que he visto, no he encontrado esto: mas tal vez sea porque el processus morboso ha estado en ellos mas adelantado.

Ya dividido el periostio y extraida la supuracion, puede uno encontrarse con diversos estados patológicos, lo que obliga á proceder de distinta manera.

Efectivamente, el hueso puede estar descubierto, ó, mejor dicho, separado de su membrana de envoltura, en una extension más ó ménos considerable, y en parte ó en la totalidad de su circunferencia.

Supongamos, primero, que el periostio esté desprendido en una corta extension, por ejemplo, en la mitad, ó poco más de la lon-

gitud de un hueso largo; pero solo en una de sus caras, lo que por desgracia no es muy comun en las flegmasías agudas.

En este caso, puede bastar y basta algunas veces, la incision hecha, para que el periostio vuelva á adherirse, la herida cierre, y la reaccion general desaparezca. Sin embargo, en la gran mayoría de las lesiones de este género, queda el hueso desnudo, se necrosa una porcion más ó ménos grande, y la curacion no se obtiene sino hasta la eliminacion de las porciones muertas. Si la necrósis es superficial, se hará una exfoliacion apénas sensible, y el enfermo sanará bien pronto; mas si es profunda, se formará un verdadero secuestro, que necesitará para desprenderse un tiempo siempre largo, durante el cual, las fuerzas se pierden y pueden venir mil accidentes.

De aquí ha venido la idea de ayudar, por decirlo así, á la naturaleza; cauterizando ó quitando una capa huesosa para apresurar el trabajo de eliminacion.

Esto fué lo que se hizo en el niño, objeto de la Observacion 5.ª, con feliz resultado, y lo que creo deberá hacerse en casos semejantes.

Respecto al modo como se han de practicar las curaciones, hay que tener presente lo importante que es en estas circunstancias, evitar que el pus detenido aumente el despegamiento del periostio, y prevenir la osteitis y la infeccion purulenta.

Para lo primero, se utilizará la posicion, los lavatorios, y, si fuere preciso, las contra-aberturas y la canalizacion.

Como preventivos de la piohemia, los desinfectantes, la suma limpieza y el empaque son los medios que se usan con ventaja.

Relativamente á la osteitis, lo que debe hacerse es tratar de reaplicar el periostio, buscando su adherencia; mas si esto no se consigue y el hueso queda descubierto, ¿qué tópicos serán más convenientes?

En el hospital de niños se ha preferido el uso del alcohol, al que se añade una corta cantidad de ácido fénico (2 á 50 %). Este

sistema de curacion, que tiene la ventaja de disminuir la cantidad de pus, ha sido, en verdad, empleado con éxito; mas no puede negarse que es irritante, y que acaso seria conveniente volver á ensayar el uso de las materias emolientes y grasas (adicionadas con ácido fénico), y las que, segun los experimentos y observaciones de Ténon, evitan ó hacen que sea muy superficial la mortificacion de un hueso, cuando queda desnudo.

Pasemos ahora á considerar el segundo caso, muchísimo más frecuente en la periostitis aguda (tanto que le ha dado el nombre de difusa), en el cual el periostio está enteramente desprendido del hueso en toda su circunferencia, y en toda ó la mayor parte de su longitud, ó por lo ménos, solo unido en puntos muy limitados y por adherencias sumamente débiles.

La conducta que en esta situacion debe seguirse, no está aún establecida de una manera dogmática.

Algunos cirujanos, como el Sr. Licéaga entre nosotros, y Holmes y Giraldés, entre los autores europeos, recomiendan la reseccion sub-perióstica inmediata.

Otros, como Verneuil y Ollier, no se resuelven á extraerlo desde luego y esperan su desprendimiento espontáneo.

Los éxitos verdaderamente notables que se han obtenido en el hospital de niños, con la práctica primera, así como los que refiere Holmes en su Tratado de Terapéutica de las enfermedades quirúrgicas de la infancia, me darian ya suficiente autorizacion para recomendarla. Quiero, sin embargo, exponer con alguna detencion los fundamentos, las consideraciones teóricas que la apoyan, para que pueda juzgarse mejor en la materia.

Comenzaré por establecer, que una de las grandes ventajas de la reseccion sub-perióstica, en las condiciones expuestas, consiste, en que se hace desde luego lo que la naturaleza tiende á hacer y no le es posible realizar, sino despues de grandes trabajos y de mucho tiempo.

En efecto, bien sabido es lo que sucede, si aislado un hueso

por la supuracion, y muerto en seguida, se abandonan los acontecimientos á su marcha natural; se forma á expensas del periostio y áun de los tejidos vecinos, un hueso nuevo que cubre é invagina en su interior al necrosado; se forman cloacas para la salida del pus, y al fin, si los secuestros son voluminosos y no pueden salir por estas aberturas, es preciso recurrir á la intervencion quirúrgica para extraerlos.

Durante el trascurso de este processus, necesariamente dilatado, el enfermo agota sus escasas fuerzas, y está expuesto á la multitud de complicaciones y accidentes que suelen acompañar á las heridas.

Pues bien, todos estos peligros, toda esta serie de padecimientos, pueden evitarse, si quitando el hueso, se quita la causa que los engendra.

Por otra parte, conservando el periostio, se tiene no solo la probabilidad, sino casi la seguridad, se entiende en los niños y adolescentes, de regenerar con relativa prontitud, en tres ó cuatro meses (Obs. 1.ª y 2.ª), un hueso que no tendrá la regularidad y dimensiones exactas del que se resecó: pero servirá admirablemente para desempeñar las mismas funciones.

Y he dicho casi seguridad, porque ya hoy no puede dudarse de la propiedad osteogénica del periostio: no solamente los experimentos curiosos practicados en los animales inferiores, sino tambien multitud de hechos clínicos, nos la están demostrando diariamente.

Los contrarios de la reseccion inmediata no pueden dejar de admirar los felices resultados que da en cuanto á la pronta reparacion del elemento huesoso; mas en primer lugar, dudan mucho de la necrósis de un hueso que áun cuando rodeado de pus no tiene los caractéres de un secuestro, y en segundo, temen que no teniendo el hueso nuevo, molde por decirlo así, para formarse, sea muy defectuoso y además corto, quedando el miembro enfermo disminuido en longitud y tal vez inútil.

Respecto de este último punto, bastará decir, que vigilando convenientemente el trabajo de reparacion, se consigue las más veces evitar el acortamiento consecutivo, ó al ménos que sea poco notable; y que aunque es muy cierto que el hueso obtenido despues de una reseccion, es algo irregular y más grueso que el normal, no por esto hay gran deformidad cubierto como queda por las partes blandas, y en cuanto á su solidez, si nó es igual es mayor á la de otro hueso semejante y enteramente sano.

Por lo demás, hay que convenir en que ni son más regulares ni más útiles los que se forman en las condiciones comunes.

Relativamente á la primera duda, arma la más poderosa de los partidarios de la expectacion, tengo necesidad para desvanecerla de entrar en algunos pormenores.

Desde luego advertiré, que los mismos cirujanos que rechazan la reseccion inmediata con motivo de la periostitis supurada, la recomiendan cuando esta afeccion se acompaña de osteo-myelitis. Y es que, en efecto, nadie duda que la inflamacion aguda del tejido huesoso y de la médula, origina la necrósis llamada primitiva.

La razon de esto se encuentra en la estructura particular de los huesos.

Todos saben que los vasos sanguíneos, en ellos, están encerrados en canales estrechos é inextensibles (canales de Havers), y que por lo mismo cuando hay aglomeracion de glóbulos, como sucede en la inflamacion, no pueden dilatarse sus paredes, y se producen obstrucciones, sin que sea posible la pronta formacion de nuevos vasos que restablezcan la circulacion interrumpida, por la dureza propia de la sustancia huesosa y la lentitud de las modificaciones que puede sufrir.

Si reflexionamos ahora en la facilidad con que se propagan las flegmasías de uno á otro de los elementos de un hueso, como lo ha demostrado Ollier y como lo vemos frecuentemente en la práctica, resulta que en los casos de periostitis que vamos estudiando, si la osteitis y la myelitis no se presentan desde

los primeros dias. casi es seguro que se desarrollarán más tarde.

Mas supongamos que la flegmasía esté limitada al periostio y veamos si podrá ocasionar por sí sola la necrósis.

Para aclarar esta cuestion me parece conveniente recordar el modo como se verifica la nutricion en los huesos, supuesto que es un hecho que cuando la circulacion cesa. la muerte se produce, y que la circulacion falta cuando hay destruccion ú obliteracion de los vasos.

Pues bien: sabido es que las arterias que llevan la sangre al tejido huesoso son de tres órdenes; la llamada por los anatómicos nutritiva ó mejor del canal medular, que de un calibre algo grueso penetra por un conducto especial hasta el interior de los huesos largos, donde se divide; las arterias que se introducen en el espesor de los huesos cortos ó en las extremidades de los largos. (epífisis) y que se han llamado celulares ó del tejido esponjioso: y en fin, las muy pequeñas que atravesando el periostio van á nutrir el tejido compacto. Todos estos vasos se anastomosan entre sí y pueden suplirse hasta un cierto límite los unos por los otros.

Haciendo aplicacion de estos conocimientos, tendrémos que cuando el despegamiento del periostio, consecutivo á la formacion de pus. solo ocupe una corta extension. el hueso quedará íntegro, ó la necrósis, si la hay. solo será superficial, nutridas como estarán las porciones profundas por las arterias profundas y laterales.

Si el despegamiento fuere más extenso, el secuestro será más ó ménos grande: pero, por las mismas razones. la mayor parte del hueso podrá salvar.

Mas si, volviendo al punto que analizamos. la diáfisis se encuentra bañada por la supuracion y las arterias nutritivas del periostio han sido destruidas. es evidente que el hueso no podria vivir más que por los vasos de sus extremidades: y si pensamos en que las arterias de éstas serian insuficientes para nutrirlo, y

además en que lo más comun es que las epífisis se separen al nivel del cartílago epifisiario, por el reblandecimiento y destruccion de éste, resulta que su muerte es segura.

En consecuencia, no hay que esperar en la vitalidad de un hueso cuyo periostio está desprendido, y que rodeado de pus tiene precision de estar en contacto del aire ó de tópicos siempre más ó ménos irritantes.

Ahora bien, quitado el escrúpulo de sacrificar un hueso que pudiera creerse vivo, ¿por qué no extraerlo desde luego, economizando á la naturaleza todo el trabajo que necesitaria para expulsarlo? y sobre todo, ¿por qué no evitar al enfermo, peligros, sufrimientos y pérdida de tiempo?

Creo, pues, en virtud de las consideraciones anteriores, que en las circunstancias ya dichas, debe procederse á practicar la reseccion sub-perióstica, y esto lo más pronto posible, supuesto que de la oportunidad de la intervencion depende las más veces el éxito. Si no se opera á tiempo, ántes de que los desórdenes locales y generales hayan progresado, ántes de que el organismo se rinda, se compromete, y mucho, la salvacion de los enfermos.

Las observaciones 4.ª y 6.ª nos lo prueban: en la 4.ª vemos que cuando se operó, ya la enfermedad se habia generalizado, y la 6.ª nos enseña, que en igual caso, no tuvo el enfermito fuerzas para resistir el traumatismo necesario á la operacion, único medio que le ofrecia algunas esperanzas de vida.

Es tan importante atender á la indicacion de quitar el hueso desnudo para conjurar los accidentes generales, que el mismo Ollier, que aconseja un método expectante, no procediendo á extraerlo hasta que se haya formado una capa huesosa nueva sobre él, no puede ménos que recomendar se proceda inmediatamente á resecarlo, siempre que la supuracion sea muy considerable, que el estupor y la postracion vayan en aumento, ó que amenacen síntomas de infeccion purulenta.

No habria, en efecto, otro medio para combatir un estado tan

grave sino la amputacion ó la reseccion, y la estadística enseña, que la primera operacion es mucho más grave que la segunda, sin contar con el inconveniente de que hace perder un miembro que ésta trata de conservar.

Hay que convenir, sin embargo, en que se presentan ocasiones en las cuales la amputacion es el único recurso; y aun cuando aquí, como en otra multitud de lesiones, al buen juicio del cirujano toca decidir sobre la conducta que cada caso particular exija, sí podré decir, apoyándome en la autoridad de Holmes y Giraldés: que cuando la epífisis haya sido interesada y que el pus pase directamente á la articulacion, estará suficientemente indicada, y muy especialmente si la reseccion no ha conseguido mejorar el estado general del enfermo.

Resumiendo todo lo dicho:

Si los accidentes generales son poco intensos y el despegamiento del periostio limitado; las incisiones amplias; la cauterizacion y áun la escarbadura del hueso desnudo; la canalizacion del foco, junto con un tratamiento general bien dirigido, bastarán las más veces para conseguir la curacion.

Mas si el despegamiento es muy considerable, ó los síntomas graves no se hubieren podido dominar por estos medios, deberá procederse inmediatamente á hacer la reseccion sub-perióstica, reservando la amputacion para los casos en que la flegmasía se haya extendido á la epífisis, que el pus penetre á las articulaciones vecinas, ó en fin, para cuando la reseccion no hubiere mejorado las condiciones del enfermo.

Manual operatorio de las resecciones sub-perióstcas, en la periostitis difusa.

No pretendo dar aquí reglas especiales para la reseccion de cada uno de los huesos de la economía.

Esto seria demasiado largo y ajeno á la cuestion general que me he propuesto tratar.

Estableceré, pues, solamente los principios aplicables á todo caso.

En primer lugar, como es de precepto en toda reseccion, deben hacerse las incisiones necesarias para poder extraer con facilidad el hueso enfermo; será, sin embargo, conveniente que la incision sea única, y que si fuere preciso, se hagan en sus extremos otras dos pequeñas y perpendiculares.

Lo que sí debe procurarse siempre, es que no interesen vasos ó nervios de importancia, ni áun dividan músculos; todo lo que obliga naturalmente á variar su direccion, segun la region de que se trate.

Si se interesare alguna artéria, deberá ligársele inmediatamente, ó, lo que es mejor, cerrarla provisionalmente con prensa-artérias ó pinzas de Péan, para terminar más pronto, y evitar, en cuanto sea posible, la pérdida de sangre; circunstancia á la que se debe atender mucho en la periostitis.

Llegando al hueso, es necesario tocar con el dedo para saber si el periostio está desprendido en toda la circunferencia y en qué extension, rompiendo las débiles y aisladas adherencias que pudiera haber.

Esta parte de la operacion es de las más sencillas: podria decirse que el pus se habia encargado de ejecutarla, y deja muy poco que hacer al cirujano.

Si se encuentra entónces que toda la diáfisis está desnuda, lo que se debe hacer es dividir el hueso en su parte média con una sierra de cadena, teniendo cuidado de proteger eficazmente las partes blandas, lo que se consigue pasando bajo el hueso la sonda-legra de Ollier, hecha expresamente para este objeto, ó una simple sonda acanalada sobre la cual ejecuta la sierra sus movimientos.

Una vez dividido, se tomará sucesivamente con unas pinzas

fuertes, ó con la mano, cada una de las dos mitades, é imprimiéndoles ligeros movimientos de báscula y torcion, se conseguirá desprenderlas fácilmente de las epífisis, que en los casos comunes quedan protegiendo las articulaciones inmediatas.

En el caso en que la porcion que va á quitarse esté circunscrita, la seccion por la sierra de cadena se hará en los puntos que limiten el mal, es decir, donde el periostio se conserve adherido.

Despues de extraído el hueso, ya no queda más que ocuparse en detener la hemorragia que hubiere, por los medios conocidos, limpiar bien el periostio que queda á la vista por su cara interna, y aplicar la curacion.

En cuanto al modo de hacer ésta, así como las que deben seguirse practicando despues, me parece oportuno entrar en algunos detalles.

Desde luego se comprende la necesidad de usar tópicos que disminuyan la cantidad de pus, y la más imperiosa todavía, de evitar su descomposicion.

Lo primero se consigue con el empleo del alcohol, y lo segundo, con los desinfectantes, como el ácido fénico, cuyas propiedades anti-fermentecibles están hoy bien conocidas y demostradas.

Por consiguiente, combinando estos dos líquidos, se tendrán las ventajas que se buscan.

Para favorecer el contacto de esta combinacion, con todos los puntos de la herida, lo que se hace es empapar con ella bolitas de algodon, más ó ménos chicas, y acomodarlas, con gran cuidado, de manera que la cubran perfectamente.

Hecho ésto, se aplica encima una capa bastante gruesa de algodon seco, segun el método de Guerin. Un vendaje contentivo y la colocacion del miembro enfermo en un aparato que sirva para mantenerlo inmóvil, completarán la curacion del primer dia.

Para renovarla, es en lo general conveniente cloroformar al

enfermo, tanto para evitarle dolores agudos, cuanto para tener más libertad de accion y lavar la herida con toda franqueza. Esto se hará á los dos ó tres dias despues de la operacion, y se repetirá en los siguientes siempre que sea necesario; lo que se conoce porque se mancha el aparato, y por el mal olor que dá, sin esperar á la aparicion de síntomas generales como el calofrio, la calentura y los sudores que la reclaman con más urgencia.

La limpieza extremada y el prolijo cuidado en este tratamiento consecutivo lo considero tan necesario, que veo como un deber de los operadores el hacer ellos mismos las curaciones, en los casos difíciles, ó por lo ménos asistir á ellas para vigilarlas.

Volviendo al asunto, luego que el trabajo de osificacion está algo adelantado, que el periostio se pone grueso y duro, conviene aproximar los labios de la herida con el objeto de estrecharla, y que se cubra más pronto el hueso nuevo que se va formando.

Otro cuidado necesario en este periodo es mantener el miembro en la extension contínua, con la idea, se comprende, de prevenir ó al ménos disminuir el acortamiento, y ésto es en los niños de mayor importancia miéntras más pequeños sean, porque, como enseña la fisiología, los huesos largos crecen por su cartílago epifisiario, y éste se destruye en los casos de periostitis en que queda en contacto con la supuracion.

Durante todo el tiempo necesario para conseguir la cicatrizacion, y que es por lo regular de cinco ó seis meses, sucede generalmente que la herida ó se inflama, ó se pone fungosa, ó toma, en fin, diversos aspectos.

Los tópicos y curaciones que éstos exijan, variarán naturalmente con ellos; así por ejemplo: será preciso recurrir en algunos casos á la cauterizacion, más ó ménos enérgica, por los cáusticos químicos ó físicos, en otros habrá necesidad de usar emolientes, etc., etc.

Además, muchas veces será ventajoso recurrir á los ingertos

epidérmicos, ya sea para apresurar la curacion ó para dar solidez á la cicatriz.

En una palabra, se tratarán las heridas consecutivas á las resecciones sub-periósticas segun el estado que presenten: de lo que sí debe cuidarse siempre, es de adicionar al líquido que se emplée para lavarlas, así como á la sustancia que se deje en contacto con ellas, algun desinfectante, por el temor del desarrollo de la piohemia.

OBSERVACIONES.

OBSERVACION PRIMERA

(Publicada por el Sr. Licéaga el año de 1875, y recogida por el Sr. Buiza.)

Periostitis difusa supurada; reseccion sub-perióstica de los dos tercios inferiores de la tibia izquierda; curacion; regeneracion del hueso. Periostitis circunscrita en el húmero derecho.

José Cruz Arroyo, natural de Tepetlastoc, de 14 años de edad, temperamento linfático y constitucion algo deteriorada, entró al Hospital de Infancia el 25 de Enero de 1875. No habia padecido, segun decia, otra enfermedad que una varioloides. Al ser interrogado acerca de su enfermedad, contestó lo siguiente: El dia 1º de Diciembre del año próximo pasado, recibió un golpe en la rodilla izquierda que no tuvo consecuencias; el 24 del mismo mes estaba sacando agua de un pozo, cuando se dió un resbalon que le produjo algunos dolores al nivel de la articulacion tibio-tarsiana. Estos dolores, que se mitigaron una hora despues, se hicieron más intensos por la noche, despues de haberse acostado sobre unas losas frias, siendo entónces acompañados de calofrío y calentura. Los mismos dolores continuaron por espacio de tres dias, al cabo de los cuales no pudo andar, y notó que habia una hinchazon desde las tabas hasta la rodilla en la pierna izquierda. Esta hinchazon fué tomada por erisipela, y tratada por la aplicacion de capas de colodion, colocando previamente en su límite superior, y cerca de la rodilla, un estambre que ejerció una constriccion tan fuerte, que un mes despues de su aplicacion, es decir, el dia de la entrada del enfermo al Hospital, se veía aún un surco en el lugar donde habia sido colocado. El colodion que habia cubierto la region enferma, hizo disminuir la supuesta erisipe-

la, que terminó por supuracion, dejándose percibir ocho dias despues, dos puntos francamente fluctuantes que fueron puncionados por el médico, y que dieron salida como á un pozuelo de pus. Enfermo ya Cruz, y en los primeros dias, tuvo unos nuevos dolores en el brazo derecho, que se irradiaban al hombro del mismo lado.

Este fué el conmemorativo que se recogió del enfermo, y que precedió al exámen del miembro, el cual se encontraba en el estado siguiente: la pierna, en la semiflexion sobre el muslo, sumamente sensible al tacto, con un surco inmediatamente abajo de la rodilla (cuya causa es conocida), abultada ligeramente, y de una temperatura superior al resto del cuerpo. Cerca de la articulacion tibio-tarsiana, y hácia su parte interna, habia dos pequeñas soluciones de continuidad, cubiertas de fungosidades, por las cuales salia un líquido sero-purulento al hacer la expresion del miembro. Se intentó, como era natural, conocer el estado de la tibia, introduciendo un estilete por aquellas aberturas; pero la sensibilidad exquisita del miembro no lo permitia, por cuyo motivo se juzgó conveniente examinar al enfermo durante la anestesia.—Por otra parte, el estado general era alarmante: habia dolores articulares, calofríos, calentura y sudores.

El dia 27 se procedió á cloroformar al enfermo, y ya insensible, introdujo el Sr. Licéaga un estilete por una de las aberturas vecinas al maleolo, y encontró, que la tibia estaba desnuda en una extension superior á la longitud del estilete.

En vista de ésto, hizo el Sr. Licéaga, á lo largo del borde interno de la tibia, una incision rectilínea, que partiendo de una de las aberturas dichas, fué á terminar diez centímetros abajo de la articulacion fémoro-tibial; en ella se comprendieron todos los tejidos blandos hasta llegar al hueso. Entónces pudo verse que la tibia estaba desnuda de su periostio en toda su circunferencia, y que esta desnudez tenia por límites, superiormente, el de la incision hecha en la piel, é inferiormente, el de una línea trazada, cosa de un centímetro de la articulacion tibio-tarsiana. Los tejidos estaban sanos, y el periostio presentaba una consistencia cartilaginosa en unos puntos, y huesosa en otros muy limitados.

Considerando que aquel hueso tenia que morir y formar un se-

cuestro envainado que al cabo de algun tiempo debia ser extraído, si la vida del enfermo lo permitia, juzgó conveniente el Sr. Licéaga imitar y áun adelantarse, por decirlo así, á la naturaleza, separando el hueso desde luego. Para esto colocó la sierra de cadena en el ángulo superior de la herida, haciendo ántes dos incisiones perpendiculares á uno y otro lado con objeto de facilitar su introduccion, y la hizo funcionar hasta dividir completamente el hueso, siguiendo una direccion oblícua hácia arriba y adelante. Bastó entónces tomar la diáfisis huesosa con la mano é imprimirle un movimiento de báscula y torcion, para desprenderla, quedando inferiormente una capa de hueso que, aunque delgada, protegia eficazmente la articulacion tibio-tarsiana. Despues de esto, se vió que en la parte superior quedaba un fragmento desnudo, lo que obligó á prolongar cinco centímetros arriba la incision de las partes blandas y á quitar por medio de la sierra, centímetro y medio de la parte anterior de la tibia y dos centímetros de la parte posterior. Durante la operacion se perdió alguna sangre y se aplicaron tres ligaduras, terminando con la curacion de la herida por el método de Guerin. La longitud de la porcion de tibia resecada era de 20 centímetros en su parte anterior interna, y de 19 en la posterior.

La mejoría no se hizo esperar mucho tiempo. Ya el 3 de Febrero, dice la observacion recogida diariamente, no habia reaccion; la herida tenia muy buen aspecto; el pus era abundante y de buena naturaleza.

Así continuó en los dias siguientes. El aparato de curacion se renovaba cada vez que estaba sucio, y la cicatrizacion fué disminuyendo la superficie supurante.

Sin embargo, como este trabajo se hacia con lentitud, á pesar de que se habia procurado aproximar los labios de la herida, se aplicaron á fines de Abril, primero cuatro y despues tres ingertos epidérmicos, los que afortunadamente dieron el resultado apetecido. En efecto, el dia 30 de Mayo la cicatriz era completa, quedando solo algunas aberturas fistulosas que cerraron más tarde, despues de la salida de pequeñas esquirlas.

El lugar de la tibia se encontraba en esta fecha ocupado por

un hueso de nueva formacion, y, aunque más grueso, tenia la misma longitud y relaciones que el del lado sano.

Puede decirse que la curacion se obtuvo sin complicacion alguna de importancia. Lo único que molestó al enfermo fueron los dolores del brazo derecho de que hizo mencion al entrar al hospital; dolores que reaparecieron á principios de Mayo, se acompañaron de abultamiento, calor y enrojecimiento ligero de la piel, limitado á la parte superior é interna de esa region. Siendo insuficientes para combatir estos síntomas el tratamiento general y local que se prescribió, fué preciso hacer una incision hasta el hueso que dió salida á una pequeña cantidad de pus caseoso. El periostio estaba desprendido en una extension limitada. Se curó la herida con alcohol y pronto cicatrizó, dejando á su consecuencia una hiperostosis.

En cuanto á las funciones de la pierna operada, todas se conservaron; la marcha, la carrera, en una palabra, todos los movimientos se ejecutan como si no hubiera tenido padecimiento alguno.

OBSERVACION SEGUNDA.

(**Publicada en la "Gaceta Médica de México," tomo XIII, núm. 19.**

Periostitis difusa supurada; reseccion subperióstica. Regeneracion.—Curacion.

El niño Antonio Chavira, de doce años de edad, temperamento linfático y una constitucion deteriorada, fué presentado á la consulta del hospital de Infancia el dia 21 de Noviembre del año de 1876. La persona que lo acompañaba decia que el niño, dos dias ántes, habia hecho dos veces el camino hasta la Piedad; que ya regresaba, cuando no sabe si por cansancio ó por haberse dado un golpe, se sentó á la orilla de una acequia, permaneciendo allí una media hora larga, continuando en seguida su camino. Al dia siguiente, el niño se sintió mal, se quejaba de cansancio y de dolor al nivel de las articulaciones y ligero calofrío; pero en la tarde hubo calofríos intensos, anorexia, sed, náuseas, vómitos biliosos y los dolores se exacerbaron, sobre todo en la

pierna derecha, donde por fin se fijaron. Durante la noche hubo insomnio, agitacion, delirio y aumento de los dolores. En la mañana el enfermito se presentó á la consulta con los síntomas descritos, y además una rubicundez uniforme que se extendia desde el maleolo interno á la articulacion de la rodilla; los tejidos estaban abultados, edematosos, y el enfermo se quejaba de un dolor en el trayecto de la tibia. Se le ordenaron fricciones mercuriales y calomel al interior.

Al próximo dia de consulta se presentó en un estado alarmante, porque á los síntomas expuestos se habia unido un estado tifoideo bien acentuado, con postracion extrema, nariz pulverulenta, fuliginosidades en los dientes, calentura alta, pulso depresible, agitacion y delirio durante la noche anterior; dolores agudísimos en la pierna, cuya piel se habia cubierto de flictenas, vesículas de hidrargiria y bulas bastante grandes. La palpacion daba la seguridad de que habia pus, y se pensó en hacer incisiones amplias para darle salida. Como esto era el principio de un trabajo patológico importante, se admitió al niño en el hospital de Infancia, ese dia, es decir, el 21 de Noviembre.

Prévia anestesia, se hizo una incision amplia, cuyos vestigios conserva, hasta llegar al periostio: no habia pus; pero dividiendo esta membrana se encontró una gran cantidad de pus flegmonoso acumulado bajo de ella, y produciendo un despegamiento en toda la circunferencia del hueso y en toda su longitud, con excepcion de la insercion del ligamento interhuesoso.

Curacion con alcohol. Cuatro dias despues se hizo la reseccion sub-perióstica, es decir, el 25 de Noviembre. Consistió ésta en prolongar la incision ántes hecha, agregando dos perpendiculares á la primera, en los límites del mal; despues, en la parte média del hueso, y sucesivamente arriba y abajo, en los límites de la desnudez, se aplicó la sierra de cadena para poder separar la tibia en una extension de 16 centímetros de longitud. Curacion de Guerin, despues de aplicar una sola ligadura: colocacion en un aparato de extension.

Continuó bien el enfermo y en curacion hasta el dia 6 de Diciembre en que apareció una artritis tibio-tarsiana: la piel se pu-

so roja, caliente, dolorosa, y á los dos dias apareció un punto fluctuante, siendo entónces necesario hacer incisiones amplias para evacuar el pus.

El dia 25 apareció otro foco al nivel del malcolo externo, que se abrió por medio del bisturí, haciendo en seguida curacion simple. En este mismo dia se aprovechó la anestesia para tocar la herida de la pierna con nitrato ácido de mercurio, pues estaba cubierta de una falsa membrana, que recordaba la de la podredumbre de hospital.

El dia 5 de Enero se encontraron otros focos en el dorso del pié, que obligaron á hacer incisiones al nivel de la articulacion escafo-cúneo-cuboidea.

La herida de la pierna comenzaba á disminuir de extension el dia 13 del mismo mes: las que resultaron de las incisiones posteriores estaban en plena supuracion.

Continuó en supuracion, pero disminuyendo su superficie, hasta el dia 24 en que se sentia ya el tejido duro formado por el hueso nuevo.

Ocho dias despues, es decir, el 1º de Febrero, se hizo la aplicacion de tres ingertos epidérmicos, situados: uno cerca del ángulo superior, otro en la parte média, y el tercero en el ángulo inferior de la herida.

Continuó ésta reduciéndose, y algun ingerto no dió resultado favorable; pero los otros continuaron proliferando, contribuyendo á disminuir la extension.

Ya comenzaba en el mes de Marzo la cicatrizacion de las heridas hechas al nivel de los malcolos, y concluía la de la primera, cuando apareció una pequeña ulceracion, demasiado rebelde para cicatrizar. La introduccion del estilete para conocer la causa de la suspension del trabajo, llegó hasta un punto necrosado, consecuencia de la osteitis epifisiaria; secuestro que se sentia móvil y que dos semanas despues pudo extraerse con las pinzas: otro pequeño fragmento necrosado y otro más, han podido salir al través de la pequeña ulceracion situada en el ángulo inferior de la incision hecha en la pierna.

La cicatriz de las incisiones hechas, y que han sido ya consig-

nadas, fué haciéndose en los dos últimos meses, estando hoy del todo concluida.

Solo falta consignar, que el enfermo abandonó la cama, permitiéndosele andar con muletas, y provisto de un aparato de madera adecuado, pocos dias despues de la aplicacion de los ingertos, es decir, á principios del mes de Marzo.

México, Julio de 1876.—José G. Buiza.

El Sr. Licéaga, al presentar á este enfermo, con su pieza patológica, á la Academia de Medicina, añadió lo que sigue:

La regeneracion es completa; el hueso es más voluminoso; la cicatriz sólida; los movimientos se pueden ejecutar, y queda solamente ligera rigidez en la articulacion tibio-tarsiana; la marcha se verifica con facilidad y podemos reputar al enfermo completamente curado, pues han trascurrido dos años despues de la primera presentacion de este enfermo.

La pieza patológica la tienen vdes. á la vista: la tibia está limpia como si se hubiese macerado; apénas existen algunos osteófitos que indican su procedencia. (Sesion del dia 15 de Mayo de 1878.)

OBSERVACION TERCERA.

Periostitis difusa supurada; necrósis consecutiva; extraccion de secuestro; regeneracion huesosa; curacion.

El jóven Eusebio P., de 19 años de edad, temperamento linfático y constitucion débil, comenzó á quejarse de un dolor en la rodilla derecha el 28 de Julio de 1877; dolor que vino sin causa aparente y que fué tomado por un reumatismo articular.

Como no cedia al tratamiento que conforme á esta idea se le pusiera, fueron consultados varios médicos y entre ellos el Sr. Montes de Oca.

Este Señor, notando hinchazon y áun fluctuacion profunda en la parte inferior del muslo derecho, junto con el desarrollo de accidentes generales graves, creyó que se trataba de una periostitis aguda; que ya se habia formado pus, y en consecuencia opinó por que se le diera salida.

No encontrando eco su parecer, propuso que al ménos se hiciera una puncion exploradora, la que indudablemente si daba al

gun mal resultado, no podia ser otro que el de demostrar su error.

La timidez de la familia del enfermo, acaso su falta de confianza en la operacion, hizo que no se practicara y que encomendaran la curacion á un homeópata.

Era natural, como sucedió, que la enfermedad avanzara, y que viniendo al fin la reflexion, llamaran nuevamente al Sr. Montes de Oca á principios del mes de Setiembre.

Entónces se encontró con que la fluctuacion, profunda y oscura ántes, se habia hecho manifiesta; que los dolores habian aumentado considerablemente; en una palabra, que el estado local era mucho peor y el general muy alarmante.

En estas circunstancias, practicó una grande incision en la parte externa é inferior del muslo, y dió salida á cosa de tres cuartillos de pus, pudiéndose comprobar que éste rodeaba completamente al hueso, en su cuarto inferior, y estaba en contacto inmediato con él.

Animado con la esperanza de que la naturaleza ayudara eficazmente reaplicando el periostio en unos puntos, y haciéndose una esfoliacion superficial en otros, se ocupó muy especialmente en sostener las fuerzas del enfermo y en dar fácil salida á la supuracion.

Tanto el sitio del mal como la calentura y síntomas graves, se fueron mejorando visiblemente. Sin embargo, de cuando en cuando venian ligeros calofríos, alguna reaccion febril, sudores, y, cosa particular, basca siempre que habia retencion de pus.

Por otra parte, la herida fué cerrando poco á poco, y solo dejó una fístula por la que se tocaba el hueso desnudo.

Se esperó á que el secuestro se movilizara, y realizada esta condicion, se extrajo el dia 11 de Diciembre último, una porcion del fémur de 13 centímetros de longitud y que comprende todo su espesor.

Con el objeto de favorecer la regeneracion huesosa, y oponerse al acortamiento, se colocó al enfermo en un aparato sencillo, que mantiene al miembro en la extension contínua é impide sus movimientos.

Despues de esta operacion, la mejoría continuó sin accidentes

notables; el único digno de señalarse, es que apareció un pequeño foco purulento en la parte média y anterior del muslo, el cual comunicaba con la herida lateral externa.

Se le abrió ampliamente, y se colocó un tubo de canalizacion, cuyos extremos salian por las dos aberturas.

El 17 de Setiembre próximo pasado, dia en el que el Sr. Montes de Oca tuvo la amabilidad de proporcionarme los datos de esta observacion y de llevarme á ver al enfermo, lo encontré en un estado bastante satisfactorio; la cantidad de supuracion que salia por el tubo era insignificante; el hueso se ha reproducido; está más grueso que en el lado sano y el acortamiento es de solo 57 milímetros

OBSERVACION CUARTA.

Periostitis difusa en la tibia derecha; abscesos en la parte inferior del muslo derecho y sobre el gran trocánter izquierdo; periostitis sub-aguda en el cúbito izquierdo: reseccion sub-perióstica; muerte.

Vicente Gonzalez, de 9 años de edad, constitucion débil y temperamento linfático, entró al hospital de niños el 25 de Enero del presente año de 1878.

Por los datos que se recogieron, se supo que á principios de este mes habia recibido una contusion ligera en la parte superior de la pierna derecha que le ocasionó algun dolor y lo obligaba á cojear.

Creyendo los padres de este desgraciado que el dolor de que se quejaba y la claudicacion eran fingidos, lo hacian andar y áun le daban crueles golpes: el resultado fué que pocos dias despues comenzó á tener calofrío, calentura alta, delirio y demás accidentes que la acompañan, y que aparecieron una hinchazon notable y alguna rubicundez en la cara interna de la tibia derecha.

El médico á quien consultaron entónces, creyó oportuno hacer una incision en la parte superior de la pierna, y dió salida á una gran cantidad de pus de buena naturaleza.

Pocos dias despues hizo otra incision en la union del tercio medio con el inferior, con igual resultado.

Como el mal seguia adelante, y la familia del enfermo no podia asistirlo convenientemente en su casa, lo llevaron al hospital, el dia ya mencionado.

Al examinarlo, en el siguiente, nos encontramos con que la incision superior dejaba ver la superficie de la tibia descubierta, y que introduciendo un estilete por la inferior se tocaba lo mismo que arriba se veía, es decir, el hueso desnudo.

Al nivel del gran trocánter izquierdo, se notó un absceso, y en la parte inferior del cúbito del mismo lado hinchazon y empastamiento ligero.

El estado general era muy malo: en la observacion detallada que recogió el inteligente y estudioso alumno D. Pedro Noriega, se ve que el pulso latia 130 veces por minuto y que el termómetro marcaba 39°,9 de temperatura.

En la noche de este dia 26 deliró bastante, y en el 27 se procedió á cloroformarlo para poder hacer un reconocimiento satisfactorio y emprender el tratamiento que las circunstancias indicaran.

Por parte de la pierna, se vió que el periostio estaba enteramente separado de la tibia hasta donde podia alcanzar la sonda introducida por la abertura superior.

En consecuencia, practicó el Sr. Licéaga una incision sobre la cara interna del hueso hasta tocarlo, la que unió las dos aberturas existentes, y tenia una extension de 16 centímetros y medio.

Tocando con el dedo, se sintió la tibia desnuda en casi toda su longitud, pues solo inferiormente se unia el periostio al hueso, como es lo normal.

En vista de esta situacion, se seccionó en el punto que limitaba la desnudez con una sierra de cadena, y tomando el fragmento superior con la mano, bastó torcerlo suavemente y estirar para que se desprendiera, dejando una especie de concha huesosa que separaba la herida de la articulacion fémoro-tibial.

La porcion resecada de la tibia tiene 17 centímetros, y se conserva en el hospital.

Extraido el hueso, se percibió y abrió un absceso situado en la parte interna de la rodilla.

Abierto tambien el que estaba sobre el gran trocánter izquier-

do, se encontró una gran cavidad, la que extendiéndose hácia atrás, obligó á hacer una contra-abertura para facilitar la salida del pus: no se sintió al fémur desnudo.

Despues de la operacion, tuvo el enfermo calofrío que duró media hora: en la tarde, pulso: 128, temperatura: 39.8, mucha sed, constipacion y alguna dificultad para orinar.

El dia 28 lo pasó bastante tranquilo.

El 29 al hacer la primera curacion, se vió que las heridas habian supurado bastante, y que el pus tenia buen aspecto.

El 30 hubo necesidad de puncionar un absceso que se formó en la parte inferior é interna del antebrazo, y el 31 se hizo una incision hasta el hueso, que se encontró desnudo.

El estado general fué haciéndose más y más grave en los dias siguientes, la postracion llegó á su colmo, no obstante el tratamiento reparador que se estableció desde el principio. Las heridas se pusieron atónicas y daban un pus fétido y mal ligado.

Al fin, todos los esfuerzos fueron vanos, y sucumbió en la madrugada del dia 11 de Febrero.

Autopsía.—La herida de la pierna cubierta con una capa blanquizca que se desprendia fácilmente; el periostio estaba grueso formando una capa uniforme como de dos milímetros de espesor áun en algunos puntos donde faltaba el dia de la operacion.

El fragmento de la tibia que se dejó estaba necrosado en una extension, como de un centímetro.

La articulacion tibio-tarsiana y la de la rodilla sanas, y separada la última de la herida por una capa huesosa de ménos de un centímetro de espesor.

En la parte inferior del muslo derecho, habia un absceso situado detrás del recto anterior, y sobre el periostio del fémur que estaba intacto.

El foco purulento situado al nivel del gran trocánter izquierdo, se extendia hasta la escotadura ciática, sin penetrar á la cavidad pelviana; la cara externa del trocánter, desnuda; la articulacion coxo-femoral, sana.

La extremidad inferior del cúbito izquierdo, descubierta: la articulacion del puño, normal.

El corazon en buen estado; los pulmones algo congestionados.

En la cavidad abdominal nada se encontró digno de mencionar.

OBSERVACION QUINTA.

Periostitis aguda; incision; escarbadura; curacion.

Isaac Ruiz, de 11 años de edad, temperamento linfático y constitucion deteriorada, entró al hospital de Niños el 19 de Febrero de 1875. Segun consta en las ordenatas de este hospital, un mes ántes habia recibido un golpe en la pierna derecha, que le produjo dolores, abultamiento y rubicundez. Pasados algunos dias, apareció un punto fluctuante un poco arriba del maleolo interno, que se abrió espontáneamente dejando un trayecto fistuloso.

El dia de su entrada se vió que este trayecto conducia á la tibia desnuda, y que habia empastamiento profundo en los dos tercios inferiores de la pierna.

El estado general era grave, la calentura alta y la postracion considerable.

El 20 se hizo una incision de diez centímetros de largo sobre la tibia, hasta tocarla, y se encontró el periostio despegado en su cara interna.

Con el cincel y el martillo se desprendió la capa superficial del hueso; se cubrió la herida con algodon empapado en alcohol y ácido fénico, y se aplicó el empaque de Guerin.

En la tarde de este dia, y en los siguientes, la calentura se conservó elevada, vino alguna diarrea y se puso sucia la herida, lo que obligó á tocarla con nitrato de plata.

El 26 mejoró mucho, tanto el aspecto de esta herida como los síntomas generales.

Con excepcion de una erisipela que invadió á la pierna operada en los primeros dias de Abril, y que naturalmente retardó la cicatrizacion, todo marchó bien, y salió del hospital completamente sano el 21 de Noviembre del mismo año de 1875.

OBSERVACION SEXTA.

Periostitis aguda supurada; reseccion del tercio medio del fémur derecho; muerte.

El niño Filiberto T., de 11 años de edad, constitucion débil é inteligencia muy precoz, comenzó á sufrir de dolor en el muslo derecho el dia 26 de Junio del año de 1877; este dolor vino, al parecer, espontáneamente, y fué bien pronto seguido de todos los síntomas de la periostitis aguda.

Las medicinas empleadas para combatirla fueron enteramente inútiles; el mal avanzaba cada dia, y era mayor el peligro de perder la vida.

A mediados del mes de Agosto, fué llamado en consulta el Sr. Licéaga, el que, sintiendo fluctuacion profunda, hizo una puncion con el trócar del aspirador de Potain, la cual dió salida á una gran cantidad de pus, y enseñó que el hueso estaba desnudo.

A pesar de encontrarse el enfermito casi agotado, por sus grandes sufrimientos, la intensidad de la calentura, los sudores, la falta de alimento y de sueño, propuso hacer la reseccion sub-perióstica, como única esperanza, aunque remota, de salvarlo.

Aceptada su idea, esta operacion fué practicada por dicho señor, al que acompañaron los Sres. Pascua, Núñez, y yo: su ejecucion fué tan violenta que no tardó diez minutos; la sangre que se perdió fué bien poca; y, en suma, se terminó sin accidente alguno.

Sin embargo, el agotamiento que sigue á las grandes operaciones vino á unirse al que ya existia, y la muerte fué el resultado final.
